

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	1
¿Qué es CMDP?	
El ser sensible a las culturas	
Servicios a miembros	
Servicios a proveedores	
Elegibilidad e Inscripción	3
Tarjeta de identificación (ID)	
Seleccionar un proveedor de cuidado primario (PCP) del CMDP	
Para cambiar de PCP	
Para consultar con un especialista	
Citas médicas	5
Servicios cubiertos bajo CMDP	6
Autorización previa	
Servicios para garantizar la buena salud, o diagnóstico y tratamiento tempranos y periodicos (siglas inglés: EPSDT)	
Servicios de salud mental	
Recetas	
Planificación familiar (Control de la natalidad)	
Cuidado para las mujeres	
Cuidado durante el embarazo y de natalidad	
Servicios comunitarios	
Cuidado urgente	
Cuidado de urgencia	
Transporte en urgencias	
Transporte médicamente necesario	
Cuidado dental	
Cuidado de la vista	
Servicios No Incluidos	
Claves para viajeros	13
¿Pagan algo los encargados de cuidado temporal?	14
Lo que todo miembro debe saber	14
Derechos de los miembros	
Responsabilidades de los miembros y los encargados de cuidado temporal	
Servicios que no puedan autorizar los encargados de cuidado temporal	
Mantenerse la buena salud	
Aviso de HIPAA	
Fraude y abuso	
Querellas y apelaciones	
Querellas sobre los servicios de salud mental	
Conformidad corporativa	
Anexos	21
Programa de inmunizaciones recomendadas	
Programa de periodicidad para EPSDT	
Programa de periodicidad para los exámenes de la vista	
Programa de periodicidad para los exámenes del oído y el habla	
Programa de periodicidad para los exámenes dentales	



INTRODUCCIÓN

¿QUÉ ES CMDP?

El Programa Médico y Dental Comprensivo (CMDP) es el plan médico para los niños de Arizona quienes están bajo cuidado temporal. La ley estatal estableció el programa en el 1970. El ser miembro es basado en los reglamentos y las leyes estatales. CMDP paga por los servicios de cuidado médico dentro y fuera de Arizona.

La mayoría de los miembros son elegibles para los servicios médicos cubiertos por el Sistema de Contención de Costos Médicos de Arizona (AHCCCS). AHCCCS maneja los programas de Medicaid y KidsCare en Arizona. CMDP equivale a los planes de salud AHCCCS y KidsCare para sus miembros. CMDP proporciona los mismos servicios para todos sus miembros.

El número de teléfono de CMDP aparece en el encabezamiento de todas las páginas de este manual. El teléfono local es el (602) 351-2245. Para llamadas desde fuera del condado Maricopa, marque el teléfono gratis 1-800-201-1795. CMDP opera de lunes a viernes entre las horas de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. CMDP permanece cerrado durante los sábados y domingos, así como durante los días festivos estatales.

El Manual para Miembros de CMDP explica cómo obtener servicios médicos. El manual está dirigido hacia los encargados de cuidado temporal de nuestros miembros, y hacia miembros entre las edades de 18 a 20 años. Está impreso en inglés y en español. Si necesitalo en otro idioma o formato por favor llamanos.

EL SER SENSIBLE A LAS CULTURAS

Una definición de cultura: los pensamientos acciones costumbres, creencias y valores de los grupos raciales, étnicos, religiosos o sociales.

También la cultura define:

- Cómo se recibe la información del cuidado de salud
- Cómo usar de los derechos y protecciones
- Lo que piensa usted es un problema y cómo se expresa los síntomas y preocupaciones relacionados al problema
- Quién debe proporcionar el tratamiento y el tipo de tratamiento

Cuidado de salud que es sensible a las culturas: Servicios del cuidado de Salud debe respetar la cultura de sus miembros. Servicios son sensibles a la cultura cuando sean apropiados para el miembro. Se deben ser basados en las necesidades del miembro.

Beneficios del ser sensible a las culturas: La mayoría de las personas creen que sus propios valores y costumbres son los mejores. Se puedan contar con que las otras culturas participan en las mismas perspectivas. Algunos de los beneficios de tener servicios del cuidado de salud son nombrados abajo.

Para los miembros y los encargados de cuidado temporal:

- Aumentar de la sensibilidad a las necesidades del miembro y disminuir prejuicio y parcialidad.
- Mejorar la calidad del cuidado del miembro y los resultados
- Mejorar la satisfacción del miembro y encargado de cuidado temporal
- Desarrollar planes del cuidado más apropiados



Para los proveedores del cuidado de salud y el personal de CMDP

- Trabajar mejor con las poblaciones diversas de pacientes
- Tener un entendimiento mejor de las otras culturas en su método de enfocar en el cuidado de salud para los niños
- Conformarse con los requisitos federales y estatales
- Disminuir la desobediencia de los servicios por los miembros y encargados de cuidado temporal

Queremos que los miembros reciban los servicios del cuidado de salud que sean los mejores para sí mismos. Por favor comuníquese con Servicios de Miembros y díganos si hay algunas necesidades culturales que no se las trata.

Usar los Servicios a Miembros como recurso: Use la unidad de Servicios a Miembros como un recurso para servicios del cuidado de salud que son específicos al niño, sensibles culturalmente y/o proveedores iguales como tal:

- Proveedores del cuidado de salud de AHCCCS anteriores
- Según las necesidades individuales de un miembro, un proveedor(a) de cuidado de la salud que sea sensible a su idioma, género, etnicidad, ubicación geográfica, o que sea especialista
- Cuidado de salud que sea sensible a las creencias culturales o religiosas del miembro
- Servicios de traducción para usar en las citas médicas
- Servicios de interpretación orales o para los sordos
- Información sobre el cuidado de salud en su propio idioma
- Información sobre el cuidado de salud en un formato alternativo para los ciegos

Comuníquese con Servicios a Miembros de CMDP si necesita información en otro formato o idioma. Se ofrece este servicio gratis a los miembros.

CMDP ofrece el **Servicio de Idiomas en Línea** (Language Line Service) si usted necesita ayuda para comunicarse con CMDP y los proveedores de servicios de cuidado de la salud en idiomas que no sean inglesas. El Servicio de Idiomas en Línea proporciona interpretaciones en más de 140 idiomas, por teléfono o por escrito, cuando usted las solicite. El Servicio de Idiomas en Línea es disponible gratis.

SERVICIOS A MIEMBROS

Servicios a Miembros es el punto principal para las llamadas a CMDP. Servicios a Miembros ayuda con cualesquiera preguntas, inquietudes o problemas que se puede tener acerca de los servicios de salud.

Los representantes de Servicios a Miembros contestan a preguntas sobre:

- Inscripción
- Elegibilidad
- Las tarjetas de identificación de los miembros
- Encontrar un proveedor médico o una farmacia que sea sensible a la cultura

SERVICIOS A PROVEEDORES

El personal de Servicios a Proveedores trabaja con proveedores del cuidado de salud. Manejan las inscripciones de AHCCCS y CMDP para los proveedores. Trabajan en la resolución de los asuntos de la calidad del cuidado referentes a los proveedores. El personal trabaja con los Servicios para Miembros para darle los nombres, y direcciones de los proveedores registrados.



ELEGIBILIDAD

Los niños son elegibles para CMDP cuando están colocados bajo cuidado temporal por el Departamento de Seguridad Económica de Arizona (DES), el Departamento de Corrección de Menores de Arizona (ADJC) o la Oficina Administrativa del Tribunal/Libertad Condicional de Menores (AOC/JPO). No es necesario que califiquen para AHCCCS o el programa de KidsCare.

ELEGIBILIDAD DUAL

Los miembros de AHCCCS quienes son elegibles para servicios de Medicare y Medicaid (AHCCCS) tienen elegibilidad dual. Se les puede clasificar como Beneficiarios Calificados para Medicare (QMB) o como no elegibles para QMB.

Los miembros elegibles para QMB reciben cobertura para todos los servicios de Medicaid incluso servicios psiquiátricos como internados, psicológicos, de respiro y quiroprácticos.

Los miembros de CMDP tienen que utilizar a los proveedores médicos registrados con AHCCCS y CMDP. Para los que tengan elegibilidad dual, se considera el Medicare como pagador primario y CMDP como pagador secundario. CMDP es responsable de los pagos de co-seguro o los deducibles. CMDP cubre los gastos de los copagos de la farmacia.

OTROS SEGUROS

CMDP es el pagador de último recurso para los miembros quienes tienen otro seguro médico. CMDP paga por servicios médicos después de que el otro plan de seguro haya pagado. Se le habrá de informar a CMDP acerca de cualquier otro seguro que tenga el cliente nuevo, al momento de su inscripción.

CUBIERO MÉDICO PARA ADULTOS JÓVENES EN CUIDADO TEMPORAL

Adultos jóvenes colocados en cuidado temporal quienes cumplan los 18 años de edad, mientras están bajo cuidado afuera de la casa puedan ser elegibles para el programa de Seguro de Transición para Adultos Jóvenes (YATI). Esto es un programa de AHCCCS.

Para aprender más sobre el programa de YATI, comuníquese con el Coordinador de Vivir Independiente de Arizona al (480) 545-1901. También puede comunicarse con la oficina local de la Administración de Asistencia Para Familias para obtener ayuda.

INSCRIPCIÓN

Las agencias que colocan a los menores bajo cuidado temporal inscriben a los niños en CMDP. Cuando los Servicios Protectores para Niños (CPS) le coloca a un niño(a) bajo cuidado temporal, el encargado de cuidado debe utilizar el formulario “**Notice to Provider**”, **FC-069 «Aviso al Proveedor»**.

El formulario es parte del paquete para la colocación del menor. Incluye el número de identificación (ID) de CMDP y opera como la tarjeta de ID temporal. Muéstrela a los proveedores médicos y las farmacias, o déles el número ID de CMDP. Utilice el formulario hasta que le llegue la tarjeta de identificación (ID).

Si usted no recibe este formulario o un número de ID llame a los Servicios para Miembros, donde le ayudarán.



COMPREHENSIVE MEDICAL & DENTAL PROGRAM

Arizona Department of Economic Security
P.O. Box 29202 (942C) • Phoenix, AZ 85038-9202
(602) 351-2245 • 1-800-201-1795

Member: _____

DOB: _____ ID#: _____

Pharmacy Helpline: **1-800-207-2568**

CMDP
HEALTH INITIATIVES, INC.

Do not charge co-pays or any other charges. Bill CMDP.

LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN (ID)

La tarjeta ID se utiliza para garantizar a los proveedores que recibirán reembolsos por los servicios médicos cubiertos para los miembros activos. Muestre la tarjeta ID a las farmacias y los proveedores de servicios médicos. Contiene la información de cómo facturar los costos a CMDP.

Para cada miembro se preparan dos tarjetas de ID. Las tarjetas ID son enviadas a las agencias que tienen custodia de los miembros de CMDP. Se envía la tarjeta ID después de haber finalizado la

inscripción en CMDP. El encargado del cuidado del miembro recibe una de las tarjetas.

La tarjeta ID de CMDP es válida solamente para el miembro cuyo nombre aparece en la tarjeta. Prestar o regalar esta tarjeta a alguien constituye fraude y es ilegal. Comuníquese con Servicios a Miembros para obtener una tarjeta de reemplazo.

No utilice la tarjeta ID de CMDP para pagar por recetas emitidas por médicos de la Autoridad de Salud Mental Regional del Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS-RBHA). La RBHA paga por sus recetas.

TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN GENÉRICAS

CMDP tiene tarjetas genéricas para albergues, hogares de admisión urgente y oficinas de Servicios Protectores para Niños. Estas tarjetas ID sólo son para niños quienes todavía no están inscritos en CMDP.

PAQUETES PARA LOS MIEMBROS NUEVOS

CMDP envía un paquete informativo a la agencia que tiene custodia del miembro. La agencia entrega el paquete a los encargados del cuidado temporal del miembro.

El paquete incluye el Manual para Miembros, una tarjeta ID, los Directorios de Proveedores y Especializaciones, y instrucciones en como seleccionar un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) y otra información referente a los servicios de salud de CMDP.

PARA SELECCIONAR A UN PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO (PCP)

Los miembros de CMDP han de tener un Proveedor de Cuidado Primario (PCP). El PCP sirve como el médico de cuidado personal. El PCP proporcionar o hará arreglos para proporcionar los servicios médicos necesarios.

El PCP trabaja con especialistas, farmacias, hospitales y demás proveedores para vigilar todo el cuidado que recibe un miembro.

Para calificar como un PCP, un proveedor debe practicar en una de las áreas siguientes:

- Pediatría
- Práctica general
- Práctica familiar
- Internista general
- Practicante de enfermería certificado
- Asistente médico supervisado por un médico

CMDP tiene una Red de Proveedores Preferidos (PPN) para satisfacer las necesidades de sus miembros. La PPN consta de médicos, dentistas, farmacias, hospitales y otros proveedores de cuidado médico. Estos proveedores están listados en el Directorio de Proveedores. Se puede obtener el directorio gratis por comunicarse con Servicios a Miembros. También se puede obtener lo en el sitio Web de CMDP al <http://www.azdes.gov/dcyf/cmdpe/>



Comuníquese con Servicios a Miembros por teléfono o correo para ayuda en seleccionar a un PCP o cuando se escogió un PCP de la Red. CMDP tiene que saber quién es el PCP de cada uno de los miembros. Si usted necesita ayuda para seleccionar a un PCP, pídale ayuda al personal de Servicios a Miembros.

PARA CAMBIAR DE PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO (PCP)

Cuando los miembros se mudan, tal vez tengan que cambiar de proveedores. Si usted cambia de PCP, pide que los archivos médicos sean transferidos del PCP anterior al PCP nuevo. CMDP colaborará con usted para seleccionar a un nuevo PCP. Para pedir un cambio o avisar a CMDP de un cambio, llame a Servicios a Miembros.

PARA CONSULTAR CON UN ESPECIALISTA

Para consultar con un especialista es necesario que obtenga una recomendación de su PCP. Miembros femeninos tienen acceso directo a los proveedores de servicios ginecológicos (GYN). No se necesita obtener una recomendación para evaluaciones y consultas.

Servicios a Miembros puede darle a usted y al PCP una lista de especialistas registrados con CMDP. Aparecen listados en el Directorio de Proveedores del CMDP. Este directorio se encuentra en el paquete entregado a los miembros nuevos. Si no tiene usted una copia del Directorio de Proveedores, comuníquese con los Servicios a Miembros.

Los especialistas han de obtener aprobación del CMDP antes de rendir sus servicios. Si los servicios no son aprobados, se le enviará una carta que detalla la razón y cómo apelar esa decisión.

CITAS MÉDICAS

Llame al PCP para hacer una cita. El número telefónico aparece en el Directorio de Proveedores y en la carta del PCP de CMDP. Cuando llame, diga que el miembro tiene cobertura del CMDP.

Los niños han de someterse a un examen físico dentro de los primeros 30 días de haber sido colocados bajo cuidado temporal. Por favor se dé una cita para aquéllos miembros quienes no han tenido este examen.

Pregúntele al gerente del caso o al oficial de libertad condicional de menores si el miembro tiene alguna necesidad médica especial. Esto incluye embarazo, asma crónica y diabetes.

Servicios Médicos del CMDP le ayudará a encontrar servicios de apoyo en la comunidad para el miembro.

Se debería darse una cita regular dentro de 21 días de llamar al PCP. Debería conseguir dentro de dos días una cita urgente (por algo grave, pero que no presente riesgo a la vida). Debería conseguir una cita de emergencia el mismo día en que la solicite. Llame a Servicios a Miembros si encuentra dificultades para conseguir una cita.

Para cancelar o cambiar una cita, por favor llame al proveedor por lo menos un día antes de la cita. Algunos proveedores tal vez quieran cobrar una tarifa por citas a las cuales usted no asiste. Bajo la ley de Arizona, CMDP no puede pagar por citas a las cuales usted no acuda.

Dígale el PCP y el gerente del caso cuando los miembros reciben cuidado de urgencia. Es importante que sepan. Pídale al PCP cuales centros de cuidado urgente o emergencia puede utilizar después de las horas de oficina normales. Consulte al Directorio de Proveedores o llame al Servicios a Miembros para las facilidades aprobadas que puede utilizar.



SERVICIOS CUBIERTOS BAJO CMDP

CMDP paga por los servicios médicos necesarios. Los servicios incluyen, sin limitarse a:

- Visitas a la oficina del médico
- Evaluaciones y tratamiento EPSDT para asegurar la salud de los niños/adolescentes
- Servicios de salud mental para los miembros sin título XIX (Vea a la sección sobre Salud Mental)
- Servicios de hospital
- Servicios de especialistas, cuando sean necesarios
- Servicios de planificación familiar (control de la Natalidad)
- Servicios basados en el hogar y la comunidad
- Servicios de laboratorio y radiografías
- Cuidado durante el embarazo
- Cuidado médico de urgencia durante las 24 horas
- Cuidado dental
- Transporte en urgencias
- Cuidado de la vista
- Transporte médicamente necesario
- Servicios de farmacia y suministros y equipo médicos

Llame a Servicios a Miembros si tiene preguntas o dudas sobre los servicios médicos cubiertos.

AUTORIZACIÓN PREVIA (PA)

Los servicios que no son rutinarios necesitan autorización previa del CMDP. El proveedor habrá de ocuparse de obtener la Autorización Previa (PA) de CMDP. La PA le dice al proveedor cuáles servicios cubrirá CMDP.

La PA se basa en las necesidades médicas del miembro. Puede que se necesite una segunda opinión o pruebas adicionales para satisfacer los mejores intereses del miembro.

Si CMDP pide más información del proveedor, habrá de enviarla dentro de 14 días de la petición. Si CMDP no recibe la información pedida, se deniega la petición PA. Se envía una carta de “Aviso de Acción” al gerente de caso de CPS del miembro o un representante legal de parte del miembro y el proveedor.

Los servicios de urgencia no necesitan una PA del CMDP.

SERVICIOS PARA GARANTIZAR LA BUENA SALUD, O DIAGNOSIS Y TRATAMIENTO TEMPRANOS Y PERIÓDICOS (SIGLAS EN INGLÉS: EPSDT)

Los servicios para garantizar la buena salud, también conocido por el nombre de EPSDT, es un programa para los recién nacidos hasta los 21 años de edad. Los servicios incluyen servicios médicamente necesarios para tratar o mejorar la salud de los miembros.

Los servicios deberían ocurrir según los Horarios de Periodicidad de AHCCCS listados al fin de este manual y ser basados en la edad de los miembros.

Los miembros deben visitar con regularidad a su PCP para que los problemas sean diagnosticados y tratados diligentemente.

CMDP envía tarjetas recordatorias de cuidado médico y dental a los encargados de cuidado temporal. Las tarjetas recordatorias son enviados directamente a los miembros quienes tienen los 18 o más años de edad.



Las tarjetas postales le recuerdan visitar al dentista por lo menos dos veces al año empezando a los tres años de edad, y visitar al PCP para vacunas y exámenes, según la edad del niño.

No espere a que el miembro de CMDP se enferme antes de buscar servicios. Aproveche este programa de cuidado preventivo. Los servicios ayudan a los miembros a mantener la buena salud y desarrollarse en adultos saludables.

CMDP paga por todos los exámenes para garantizar la buena salud y las evaluaciones. También pagamos por los tratamientos y servicios de seguimiento.

Los servicios de EPSDT incluyen:

- Un historial de la salud y el desarrollo completo (incluso evaluaciones físicas, de la alimentación y de la salud mental)
- Un examen médico comprensivo al desnudo
- Una evaluación de salud bucal
- Pruebas apropiadas de la vista, el habla y el oído; pruebas de laboratorio, evaluación dental y vacunas
- Pruebas de tuberculosis y de plumbismo
- Servicios del laboratorio y radiografías cuando sean necesarios
- Servicios de rehabilitación que incluye terapia ocupacional, física y del hablar, esto también incluye remisiones a los Servicios de Rehabilitación para Niños (CRS)
- Educación acerca de la salud y asesoramiento sobre el cuidado de salud y el desarrollo del niño.

Si tiene preguntas sobre los servicios de EPSDT o del mantenimiento de la salud para niños, llame a Servicios Médicos al (602) 351-2245 o al 1-800-201-1795.

SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Los miembros de CMDP elegibles para AHCCCS y KidsCare reciben servicios de salud mental y contra el abuso de sustancias y alcohol de la Autoridad de Salud Mental Regional del Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS-RBHA).

Los miembros pueden ir a la RBHA para ser evaluados, sea por cuenta propia o con una recomendación de las escuelas, agencias estatales u otros proveedores de servicios. CMDP cubre los gastos de transporte para la primera cita de evaluación de la RBHA si el encargado de cuidado temporal, el gerente de casos o el funcionario de libertad condicional para menores no los puede proporcionar.

Por favor no utilice la tarjeta ID del CMDP para obtener una receta de un médico de la RBHA. Pregúntele al médico de la RBHA cuál farmacia utilizar y dar el número de ID de RBHA.

Los servicios de la RBHA incluyen, sin limitarse a:

- Manejo de la conducta (asistencia personal con la salud mental, apoyos de la familia y los amigos)
- Servicios de manejo de casos
- Servicios de salud mental en urgencia/crisis
- Transporte en urgencias
- Evaluaciones y valuaciones
- Terapia y asesoramiento de grupo, individual y familiar
- Hospitales y facilidades psiquiátricos de paciente internas (centros residenciales de tratamiento y facilidades de subagudo)



- Instituciones para enfermedades mentales (con limitaciones)
- Servicios de laboratorio y radiografías para diagnosis y regulación de medicamentos psicotrópicos
- Transporte no urgente
- Cuidado de respiro (con limitaciones)
- Cuidado parcial (programa diurno supervisado y programas terapéuticos y médicos diurnos)
- Rehabilitación psico-social (entrenamiento de habilidades de vivir, promover la salud, entrenamiento antes de trabajo, educación y desarrollo, instructor de trabajo y apoyo en trabajo)
- Servicios de cuidado temporal terapéutico

Para los miembros **NO** inscritos en la RBHA, CMDP cubre hasta un máximo de tres días de servicios de salud mental internado en un hospital, por incidente, hasta un total máximo de 12 días durante un año.

Puede que los miembros no cubiertos bajo el Título XIX (19) o XXI (21) no califiquen para los servicios de salud mental a través de la RHBA o puede que sí depende de los fondos disponibles. CMDP cubre a estos miembros. Los proveedores tienen que obtener una PA de CMDP antes de rendir los servicios.

Un médico de cuidado primario (PCP) u otro médico puede tratar a un miembro por depresión leve, ansiedad leve y desórdenes de déficit de atención o hiperactividad. Los servicios incluyen visitas para obtener recetas y monitorizar los medicamentos, servicios de laboratorio y otras pruebas diagnosticas que sean necesarias para diagnosticar y tratar los desordenes del salud mental.

Se debe informar al gerente del caso o representante de justicia juvenil que un miembro necesita una evaluación para recibir los servicios de salud mental.

Para asistencia, comuníquese con los Coordinadores de Salud Mental del CMDP al (602) 351-2245 o al 1-800-201-1795, Ext. 7009 y 7060. Lo siguiente es una lista de las Autoridades de Salud Mental Regionales (RBHAs):

CONDADO	RBHA	TELÉFONO
Maricopa	ValueOptions	1-800-564-5465
Pima, Cochise, Greenlee, Graham, Santa Cruz	CPSA	1-800-771-9889
Pinal,Gila, La Paz, Yuma	Cenpatico	1-866-495-6738
Mohave, Coconino, Apache, Navajo, Yavapai	NARBHA	1-800-640-2123

Si surge una crisis, llame a la Línea de Crisis de la RHBA. Si es una emergencia que pone en riesgo la vida, llame al **9-1-1**.

RBHA CRISIS TELEPHONE NUMBERS:

ValueOptions	1-800-631-1314
CPSA (Condado Pima)	1-800-796-6762
CPSA (Condados de Cochise, Greenlee, Graham y Santa Cruz)	1-800-586-9161
Cenpatico	1-866-496-6735
NARBHA	1-877-756-4060



RECETAS

Cuando un proveedor de CMDP o un PCP emite una receta, debe comprar el medicamento en una farmacia registrada con AHCCCS y CMDP. Esto incluye medicamentos disponibles sin receta, pero solamente cuando sean médicamente necesarios. Utilice la tarjeta ID de CMDP o el Aviso al Proveedor para pagar por los medicamentos recetados.

Las tiendas principales para comprar alimentos y de venta al por menor que participan en el programa de farmacias del CMDP están listados en el Directorio de Proveedores. Incluye a la mayoría de las farmacias en el estado de Arizona. Walgreens Health Initiatives maneja el programa.

CMDP mantiene una Lista de Medicamentos Preferidos (PML). El PML, también es conocido como “formulary” en inglés, consta de una lista de los medicamentos aprobados por el CMDP. Los proveedores de servicios de salud de CMDP deben consultar la lista PML cuando vayan a recetar medicamentos. Si pide un medicamento que no está en el PML, su proveedor debe obtener un PA de CMDP antes de ir a la farmacia.

En la lista PML no aparecen todos los medicamentos preferidos. Si usted no puede encontrar su medicamento en la lista, recuerde que:

- CMDP le da preferencia a la mayoría de los medicamentos genéricos
- CMDP cubre todos los medicamentos cuando su proveedor médico demuestre la necesidad médica.
- Recetas escritas por proveedores de RBHA deben ser llenadas usando el número de ID de RBHA, no use el número de la tarjeta ID de CMDP

Actualizan la lista PML con la frecuencia que sea necesaria para reflejar los cambios importantes. Se puede ver el PML en el sitio Web de CMDP a <http://www.azdes.gov/dcyf/cmdpe/>

PLANIFICACIÓN FAMILIAR (CONTROL DE LA NATALIDAD)

Los Servicios de Planificación Familiar son cubiertos para los miembros hombres y mujeres. CMDP manda una carta a todos los miembros de 12 o más años de edad. CMDP les pide a los miembro hablar con sus médicos acerca de de la planificación familiar, para que se pueda tomar las decisiones buenas. Planificación Familiar incluye pero no limitarse a:

- Exámenes Médicas (incluso frotis cervical para las mujeres)
- Asesoramiento sobre anticonceptivos
- Medicamentos
- Suministros médicos
- Pruebas del laboratorio
- Seguimiento como se lo recomienda

Ambos los miembros hombres como tal las mujeres que están sexualmente activos deben de someterse a exámenes anuales y a pruebas de laboratorio. Las mujeres no necesitan una recomendación de su PCP para consultar con proveedores ginecológicos.

Los proveedores de CMDP educan a los miembros acerca de cómo son transmitidas las enfermedades sexuales (STDs) a otros y cómo prevenirlas. CMDP cubre las pruebas necesarias para STDs y VIH (el virus que causa SIDA). **Las pruebas para VIH deben tener la autorización del gerente del caso del cliente o del funcionario de libertad condicional de menores. Hable con ellos cuando sea necesaria una prueba para VIH.**

Mujeres que quieran métodos de anticonceptivo como tal píldora anticonceptiva, deberían someterse a exámenes físicas y pruebas del laboratorio en su primera visita y después de eso a base regular.



CUIDADO PARA MUJERES

Es muy importante para mujeres quienes están sexualmente activas o miembros de edad apropiada someterse a un examen “Well Woman” (exámenes periódicos para garantizar la buena salud de una mujer) al menos una vez cada año para vigilar y mantener la buena salud. Este examen puede incluir pero no limitarse a:

- Frotis cervical y otros evaluaciones cervicales
- Examen de los pechos

Miembros femininos que quieran metodos de contracepción tal como pastillas, deberían tener un examen física y pruebas del laboratorio al primer visite y a base regularia después

CUIDADO DURANTE EL EMBARAZO Y DE NATALIDAD

Servicios cubiertos de maternidad incluyen pero no so limitados a:

- Asesoramiento antes de concepción
- Identificar el embarazo
- Pruebas y asesoramiento de VIH
- Servicios prenatales
- Servicios de partos
- Cuidado de posparto

Si un miembro piensa que pueda estar embarazada, debe hacer una cita con su PCP. El PCP confirmará el embarazo y le recomendará a un Obstétrico de Cuidado Primario (PCO).

CMDP cubre servicios de obstétrico. El PCO se especializa en cuidado obstétrico. El PCO vigila y trata a mujeres embarazadas durante el embarazo incluso el parto y cuidado posparto o postnatal. Los miembros deberían quedarse con el mismo PCO para el embarazo entero. Si un miembro se muda o tiene que cambiar del PCO, se hace cada esfuerzo por asegurar que haya comunicación entre los PCOs para que no se interrumpir el cuidado.

La coordinación del cuidado de maternidad para miembros incluye:

- Determinar las necesidades medicales y sociales de la miembro
- Desarrollar un plan del cuidado para cumplir esas necesidades
- Coordinar las recomendaciones a los proveedores apropiados de servicios
- Vigilar para asegurarse que reciba los servicios necesitados

El PCO comenzará un programa de evaluaciones regulares para garantizar que el embarazo continúe saludable. El cuidado médico temprano y las evaluaciones regulares durante el embarazo son de suma importancia para la salud tanto de la madre como del niño por nacer.

Los normas en cuento a las citas para todos los miembros embarazados para consultar con su PCO:

- Primer trimestre (los primeros 3 meses del embarazo), dentro de 14 días de la petición
- Segundo trimestre (los segundos 3 meses del embarazo), dentro de 7 días de la petición
- Tercer trimestre (los últimos 3 meses del embarazo), dentro de 3 días de la petición
- Embarazos de alto riesgo (que tengan necesidades especiales que corre el riesgo de dañar la madre o el niño) dentro de 3 días de la petición
- Emergencia (cuando hay que consultar un miembro con un médico inmediatamente a causa de una situación de crisis como desangramiento etc.), inmediatamente

Si tiene algún problema con hacer una cita dentro de estas limitaciones temporales, por favor comuníquese con la Unidad de Servicios a Proveedor al (602) 351-2245 o 1-800-201-1795.

El PCO informar al Coordinador de Salud de la Madre y el Niño (MCHC) si existen necesidades médicas especiales. El PCO también puede pedir una lista de especialistas registrados con CMDP. Es muy importante que el miembro acuda a todas las citas fijadas con el PCO.



El MCHC explique los beneficios al gerente del caso o al funcionario de libertad condicional del menor, que tratan de pruebas prenatales voluntarias para VIH y asesoramiento. MCHC dar seguimiento a los resultados de la prueba para proporcionar asesoramiento u otros servicios necesarios.

CMDP también cubre los servicios del cuidado posparto. El cuidado posparto es el cuidado recibido hasta los 60 días después del parto. Incluye servicios de la planificación familiar y asegurar que mantenga la salud del miembro.

El Comité de Coordinación del Cuidado (siglas en inglés: CCC) se asegura de que todas las miembros embarazadas reciban los servicios necesarios. Para obtener ayuda, llame a Servicios Médicos al (602) 351-2245 o al 1-800-201-1795 y pida hablar con personal de CCC.

CMDP cubre la terminación del embarazo (abortos) si el miembro embarazado sufre de alguno de lo siguiente:

- Un desorden físico
- Una herida
- Una enfermedad física (incluso alguna condición que posee un riesgo a su vida)
- El embarazo fue causado por violación o incesto
- (Se necesita autorización del miembro y representante legal o una orden del tribunal y la aprobación de CMDP, **salvo en caso de urgencia**)

Si el embarazo es resultado de violación o incesto, hay que informarlo a la policía. Se deberá notificar a CMDP y enviarle una copia del informe policial. El informe debe nombrar la agencia a la cual fue enviado el informe, y la fecha de dicho informe. La agencia con custodia del miembro conoce los pasos a seguir.

SERVICIOS COMUNITARIOS

WIC — El programa especial de alimentación suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños, también conocido como WIC sirve para proteger la salud de las mujeres de ingresos bajos y bebés y niños hasta los 5 años de edad que estén en peligro de no tener suficiente alimentación. WIC proveer comidas nutritivas para aumentar las dietas, información en comer saludable y recomendaciones para cuidado de salud. WIC cubre mujeres embarazadas hasta el fin del embarazo y hasta 6 semanas después del parto. (Número de teléfono gratis de WIC en Arizona es 1-800-252-5942.)

HEAD START— Head Start y Early Head Start son programas del desarrollo de niño que sirven a los niños desde nacimiento hasta los 5 años de edad, mujeres embarazadas y sus familias. Su meta principal es aumentar la preparación para la escuela de los niños pequeños de las familias del ingreso bajo. (Puede encontrar más información en el sitio de Web de Head Start al <http://www.acf.hhs.gov/programs/hsb/hsweb/index.jsp>)

AZEIP — El Programa de Intervención Temprano de Arizona (AzEIP) es un sistema por todo el estado de programas y servicios diseñados a proveer apoyo para las familias que tengan bebés y pequeñitos de nacimiento hasta los 3 años de edad con incapacidades o demoras del desarrollo. Se diseñó el sistema para ayudar a estos niños lograr su potencial completa. (Puede encontrar más información en el sitio de Web de AzEIP al <http://www.de.state.az.us/azeip/>)

También puede comunicarse con la Unidad de Servicios Médicos de CMDP para aprender más y obtener ayuda en recibir servicios de estos programas.

CUIDADO URGENTE

Después de las horas de oficina normales, a la noche o los fines de semana, llame al su PCP para obtener consejos. Puede que le diga que vaya a la oficina por la mañana o vaya al hospital en seguida. Si no puede comunicarse con el PCP, vaya a un centro del cuidado urgente si no está en peligro la vida del miembro.



Se puede ir a los centros del cuidado urgente para recibir tratamiento para una tos, un desgarró, fiebre alta o un dolor de oídos. Los centros del cuidado urgente tienen muchos de los servicios que tengan un consultorio del médico. También puede llamar al **9-1-1** para llevar al niño al hospital si es necesario.

Dígale al PCP y el gerente del caso cuando reciban los miembros cuidado urgente. Es importante que lo sepan. Pregúntele al PCP cuál centro de cuidado urgente puede usar en casos de emergencia después de las horas de oficina normales. También puede consultar el Directorio de Proveedores de CMDP o llame a los Servicios a Miembro para las ubicaciones aprobadas.

CUIDADO DE URGENCIA

Las emergencias se refieren a problemas médicos que pueden poner en riesgo la vida de una persona si no son tratados pronto. Algunos ejemplos son desangramiento excesivo, huesos rotos, dificultades en la respiración, un ataque epiléptico y la pérdida de la conciencia.

Durante una verdadera emergencia médica, el bienestar del miembro es lo más importante. Llame al **9-1-1** o vaya a la sala de emergencia del hospital más cercano. Muestre la tarjeta ID de CMDP para pagar por los servicios.

La sala de emergencia de un hospital no substituye a la oficina de un médico. No utilice la si tiene algún problema médico de menor importancia.

Dígale al PCP y al gerente del caso cuando un miembro recibe cuidado de urgencia. Es importante que lo sepan. Pregúntele al PCP a cuál facilidad usar si surge alguna emergencia después de las horas de oficina normales. También puede consultar el Directorio de Proveedores de CMDP o llame al servicios a miembro por las ubicaciones apropiadas.

TRANSPORTE EN URGENCIAS

Llame al **9-1-1** o comuníquese con el servicio de ambulancias local para transporte en una situación de emergencia que ponga en riesgo la vida de la persona. CMDP cubre este servicio.

TRANSPORTE MÉDICAMENTE NECESARIO

Los encargados de cuidado temporal deben llevar a los miembros a sus citas fijadas. Pueden pedir ayuda del gerente del caso o el funcionario de probatoria. Si ellos no pueden ayudarle, comuníquese con Servicios a Miembros de CMDP para que le proporcione transporte. Los arreglos para transporte que no sea urgente se han de hacer por lo menos 24 horas antes de la cita.

CUIDADO DENTAL

Una evaluación de salud bucal debe ser parte de una evaluación de EPSDT hecho por un PCP. No lo haga en lugar de un examen por medio de una recomendación directa a un dentista. Miembro no necesitan una recomendación de su PCP y pueden consultar con cualquier dentista listado en el Directorio de Proveedores. La Academia Estadounidense de Dentistería Pediátrica recomienda que consultas dentales empiezan a un año de edad. Todos los miembros deben consultar un dentista dos veces al año, por los 3 años de edad para exámenes rutinarios y con más frecuencia si es necesario. Servicios dentales de rutina son cubiertos por CMDP. Para servicios dentales más graves, el dentista necesita aprobación (PA) del CMDP.



Lo siguiente es una lista de servicios dentales cubiertos:

- Exámenes dentales y radiografías
- Tratamiento para dolor, infección, tumefacción, heridas dentales.
- Limpiezas y tratamientos de fluoruro
- Selladoras dentales
- Empastes, extracciones, coronas médicamente necesarias
- Terapia pulpal y terapia de conducto
- Educación sobre cuidado de los dientes.

CUIDADO DE LA VISTA

Los servicios de cuidado de la vista incluyen:

- Exámenes de los ojos
- Anteojos y bifocales
- Protección contra rasguños en los anteojos
- Reparaciones y reemplazo de los anteojos
- Lentes tintados (cuando sean médicamente necesarias)
- Lentes de contacto (junto con una declaración de por qué son médicamente necesarias)

SERVICIOS NO INCLUIDOS

Listados abajo hay unos ejemplos de los servicios que no cubre CMDP:

- Cualquier cuidado que no es médicamente necesario
- Cualquier admisión a un hospital, o un servicio o artículo que requiere autorización previa (PA) pero que no fue aprobado antes o que fue denegado
- Servicios o artículos para propósitos cosméticos; los que sean necesarios para el bienestar psicológico del miembro necesitan una PA
- Servicios o artículos que se pueden obtener sin costo o que generalmente suelen ser gratis
- Abortos excepto cuanto tenga PA y asesoramiento sobre abortos
- Artículos para el cuidado personal, tales como champú, lavado bucal y pañales
- Fórmulas o suplementos de dieta (salvo cuando sean las únicas fuentes alimenticias y/o médicamente necesarios)
- Servicios médicos para alguien internado en una institución pública, tal como una prisión o institución correccional
- Cuidado provisto por individuos quienes no tienen licencia o certificación apropiada y no están registrados con CMDP

CLAVES PARA VIAJEROS

Cada vez que viaje, lleve consigo la tarjeta ID de CMDP. Comuníquese con Servicios a Miembros para ayuda. Llame al teléfono gratis 1-800-201-1795. Aún si los proveedores no están registrados con CMDP, presente la tarjeta ID y pídale que facturen al CMDP. La dirección a facturar aparece en la tarjeta.

Rellene todos los medicamentos y recetas antes de salir de la casa. Siempre lleve medicamento suficiente para el viaje o las vacaciones. En caso de urgencia, puede comprar medicamentos recetados en cualquier farmacia del país que esté registrada con CMDP. Si es posible ir a una farmacia de Walgreens cuando viajar.

Si no encuentra una farmacia o un proveedor médico que quiera facturar a CMDP, conserve todos los recibos y las facturas. Comuníquese con los Servicios a Miembros donde le darán instrucciones de cómo obtener un reembolso.



SI SE MUDA FUERA DEL ÁREA

Debe comunicarse con Servicios a Miembros cuando se muda con un miembro de CMDP desde un área, condado al otro o a otro estado. CMDP necesita saber la dirección nueva del miembro. También debe informarles al gerente del caso y al proveedor médico primario (PCP) del miembro.

Un aviso adelantado le permite tiempo al PCP para transferir los archivos médicos a un proveedor médico o PCP nuevo. Así no habrá interrupción en el cuidado médico.

Si usted se muda con un miembro a otro estado, comuníquese con el gerente del caso para que le ayude a obtener servicios médicos en el otro estado. El encargado de cuidado temporal debe darles la nueva dirección del miembro a CMDP y al gerente del caso.

El gerente del caso debe informar al estado nuevo acerca de los planes para proporcionar servicios médicos al miembro. El gerente del caso llegará a saber si el miembro es elegible para recibir servicios de Medicaid en el estado nuevo. Si el miembro es elegible, el encargado de cuidado temporal recibirá instrucciones de cómo solicitar los servicios de Medicaid.

Si el miembro no es elegible, CMDP pagar por todos los servicios de salud que sean médicamente necesarios. Servicios a Miembros y la División de Servicios de Proveedores del CMDP colaboran con el gerente del caso para identificar y registrar a proveedores médicos.

Debe comunicarse con Servicios a Miembros para que le ayuden a encontrar una farmacia para servir al miembro. Si tiene problemas rellenar sus recetas comuníquese con Servicios Médicos para pedir ayuda.

¿PAGAN ALGO LOS ENCARGADOS DE CUIDADO TEMPORAL?

Los miembros ni sus encargados de cuidado temporal no pagan cuotas, copagos o costos algunos. A los miembros y los encargados de cuidado temporal no se les cobrar por ninguno de los servicios cubiertos por el CMDP. Los pagos del CMDP son considerados pagos completos. No consienta en pagar por ningún servicio hasta que primero ha hablado con CMDP o es una emergencia.

CMDP habrá de ser nombrado como la parte responsable. No escriba la dirección de su casa, su número telefónico o su número de seguro social en ninguna de las facturas o reclamos algunos.

Si tiene que firmar cualquier formulario, escriba:

«(Nombre del encargado de cuidado temporal) por DES/CMDP.»

También escriba: «Send all bills or claims to DES/CMDP - 942C, P.O. Box 29202, Phoenix, AZ 85038-9202»



LO QUE CADA MIEMBRO DEBE SABER

DERECHOS DE LOS MIEMBROS

Para que los miembros reciban los servicios médicos que necesitan y se merecen, los miembros y sus encargados de cuidado temporal deben ser conscientes de los derechos siguientes:

- El derecho de ser tratados con respeto y con el reconocimiento de la dignidad y necesidad a la vida privada del miembro (Esto incluye proteger cualquier información que pueda identificar a un miembro particular)
 - El derecho de no ser sometido a ningún tipo de restricción o aislamiento utilizados para coerción, tal como disciplina aplicada por conveniencia o como represalia, conforme a las reglas federales acerca de la utilización de restricciones y aislamiento
 - El derecho de no ser discriminado en el recibir de los servicios médicos por causa de raza, etnicidad, origen nacional, religión, género, edad, incapacidad mental o física, orientación sexual, información genética o fuente de pago
 - El derecho de recibir servicios proporcionados de manera sensible culturalmente, con consideración a los miembros con pocas destrezas en el idioma inglés o destrezas de lectura, y aquéllos con diversos trasfondos culturales y étnicos, así como los miembros con limitaciones visuales o auditivos
 - El derecho de tener la oportunidad de seleccionar a un proveedor de cuidado primario dentro de los límites de la red de proveedores, así como a otros proveedores afiliados con la red cuando sea necesario (esto incluye el derecho de rehusar tratamiento)
 - El derecho de obtener gratis un directorio de los proveedores del cuidado de salud dentro de la red de PPN
 - El derecho de recibir información sobre las opciones de tratamiento disponibles o alternativas para cuidado en una manera apropiado a la condición del miembro y su capacidad a entender
 - El derecho de recibir una opinión médica de un experto del cuidado de salud calificado dentro de la PPN o recibir una opinión médica de un experto a fuera de la PPN, sólo si no hay cubierto adecuado dentro de la PPN, sin costo al miembro
 - El derecho de participar en tomar las decisiones referentes a su cuidado médico presente y futuro, y tener un representante para facilitar las decisiones sobre el cuidado o tratamiento cuando el miembro no lo pueda hacer (para más información sobre los «Directivos por Adelantado» y planificación de cuidado, comuníquese con Servicios a Miembros o visite la página Web del Procurador General de Arizona en <http://www.ag.state.az.us>. Busque bajo «Seniors» o «Consumers» para información acerca de la planificación del cuidado de su vida)
 - El derecho de recibir información, en un idioma que entienda el miembro, acerca de la cantidad, duración y alcance de todos los servicios y beneficios, los proveedores de los servicios, los servicios incluidos y excluidos como condición de su inscripción, y otra información, incluso:
 - Las disposiciones para los servicios médicos fuera de las horas laborables y en emergencias
 - Información sobre opciones de tratamiento disponibles o líneas alternativas del cuidado
 - Los procedimientos para obtener servicios cubiertos bajo AHCCCS que CMDP no ofrece o cubre, y notificación de su derecho de obtener servicios de planificación familiar de un proveedor apropiado registrado con AHCCCS
 - El derecho de utilizar cualquier hospital o ambiente para cuidado de urgencia
 - El derecho de recibir información acerca de proveedores quienes además del inglés hablan otros idiomas
-



- El derecho de recibir información acerca de cómo presentar una queja, apelar, o pedir una audiencia sobre CMDP o el cuidado provisto
- El derecho de información de cómo obtener una resolución rápida de las quejas presentadas por el miembro, incluso quejas y asuntos relacionados con la autorización, la cobertura o los pagos por los servicios
- El derecho del acceso a sus archivos médicos según estipulan las leyes federales y estatales aplicables sin costo al miembro
(El derecho del acceso a sus archivos médicos puede ser denegado si la información es apuntes de psicoterapia, se compilaron para, o con la esperanza razonable de una acción civil, criminal o administrativa, información de salud protegida que está sujeto a las enmiendas federales de reforma del laboratorio clínico de 1988 o que es exento según 48 CFR 493.3)
- El derecho de recibir una descripción de las circunstancias cuando, por algún motivo legítimo, se podrá denegar una copia del archivo médico, aunque el archivo podrá ser revisado
- El derecho de recibir una lista de los tipos y ubicación de los archivos mantenidos y el título del funcionario(s) responsable por dichos archivos
- El derecho de pedir información de si CMDP tiene planes de incentivos que puedan influir a las recomendaciones médicas de los médicos
- El derecho de conocer los tipos de arreglos de compensación con los proveedores y si es requisito que los proveedores proporcionen seguro para limitar pérdidas, y el derecho de revisar los resultados de las encuestas a los miembros
- El derecho de comunicarse con Servicios a Miembros si hay algunas preguntas referentes a los derechos de los miembros

RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS Y LOS ENCARGADOS

Los miembros y los encargados de cuidado temporal tienen la responsabilidad de:

- Proporcionar cuanta información que sea posible a los profesionales que trabajan con el miembro
- Seguir las instrucciones y pautas de quienes proporcionan el cuidado de la salud
- Conocer el nombre del PCP o médico del miembro
- Siempre que sea posible, programar las citas médicas durante horas de oficina, antes de utilizar cuidado urgente o acudir a una sala de emergencia de un hospital
- Llevar al miembro a citas médicas. Comuníquese con el trabajador asignado o con CMDP si no puede proporcionar transporte
- Llegar a tiempo a las citas
- Notificar al proveedor por lo menos con un día por adelantado si no puede asistir a una cita
- Llevar consigo en todo momento la tarjeta ID de CMDP (o el formulario de Aviso al Proveedor si la tarjeta no ha llegado), y presentarla al proveedor de cuidado de la salud
- Llevar consigo al médico o PCP todos los registros de inmunizaciones e información médica disponible
- Llevar al miembro a los exámenes para garantizar el bienestar de los niños
- Llevar a miembro a exámenes dentales por lo menos una vez al año
- Utilizar los Servicios de Rehabilitación para Menores (CRS) cuando CMDP o el PCP así lo pida
- Trabajar con CMDP, el gerente del caso y el PCP para asegurar que el miembro reciba el mejor cuidado posible
- Siempre señalar a DES/CMDP como la parte responsable, y dar la dirección de CMDP para enviar las facturas (CMDP - 942C, P.O. Box 29202, Phoenix, Arizona 85038-9202).



SERVICIOS QUE NO PUEDEN AUTORIZAR LOS ENCARGADOS DE CUIDADO TEMPORAL

- Anestesia general
- Pruebas para VIH
- Transfusión de sangre
- Abortos
- Cualquier cirugía o tratamiento médico que no sea rutina

MANTENERSE LA BUENA SALUD

Sugerencias para mantenerse miembros saludables:

- Se asegure que todos miembros tienen un archivo de sus vacunas y que las vacunas son actuales
- Siga con todas las remisiones que recibe de su Proveedor de Cuidado Primario (PCP), incluso aquellas citas para cuidado dental, de vista, y las terapias
- Miembros deberían calzar zapatos que se cae bien para prevenir heridas y infecciones
- Mantenga las uñas limpias para prevenir heridas y infecciones
- Se asegure llevar todos los archivos médicos al doctor nuevo o PCP y un gerente nuevo del caso de CPS
- Encargados, junto con el PCP, deberían hablar de control de la natalidad, relaciones sexuales seguras y prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH con los miembros que son adultos jóvenes
- Llevar miembros embarazados a todas las citas prenatales y se asegure asistir todas las citas postnatales después de nació el niño

AVISO DE HIPAA

La Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguros Médicos (siglas en inglés: HIPAA) afecta la manera en que se administra el cuidado de la salud en los Estados Unidos.

HIPAA requiere que CMDP proporcione salvaguardas para proteger la información médica de los miembros. Esto aplica a todos los proveedores de cuidado de la salud así como a los demás depositarios.

La información médica protegida de un miembro (PHI) se puede utilizar para tratamiento, pagos, operaciones de los planes médicos y como se permita por la ley. El miembro o su tutor legal tienen que dar permiso escrito para cualquier otra utilización de la PHI que no esté relacionada con el cuidado de la salud.

CMDP proporciona un aviso de los derechos y las responsabilidades de los miembros en cuanto a la utilización, la revelación, y el acceso de la PHI. Se le conoce como «Notificación sobre las Prácticas de Privacidad» (NPP). La NPP se envía a los tutores legales de los miembros de CMDP. También está incluida en los paquetes enviados a los miembros nuevos. Cualquiera puede pedir un NPP por llamar al **Funcionario de Confidencialidad** de CMDP o puede bajar lo de http://www.azdes.gov/dcyf/cmdpe/hipaapp_1.asp

CMDP tiene un **Funcionario de Confidencialidad** para explicar la NPP y contestar preguntas acerca de HIPAA. Llame al (602) 351-2245 o 1-800-201-1792, ext. 7010.



FRAUDE Y ABUSO

CMDP define **fraude** como un engaño o representación falsa intencional hecho con el conocimiento de que podría resultar en algún beneficio no autorizado.

Abuso se define como una acción de un proveedor que no es compatible con las prácticas médicas o de negocios íntegras. Esto resulta en costos innecesarios para CMDP por servicios que no son médicamente necesarios.

Cualquier acción por parte de un miembro o encargado de cuidado temporal, tal como prestar, vender o regalar la tarjeta ID a otras personas, puede constituir fraude y abuso. Si usted sospecha fraude o abuso, por favor infórmelo a Servicios a Miembros.

El Coordinador de Fraude y Abuso de CMDP revisa y remite posibles incidentes de fraude y abuso a la Oficina de Integridad Programática de AHCCCSA.

QUERELLAS Y APELACIONES

Una **querella** es una queja que expresa descontento sobre cualquier asunto excepto una acción. Las querellas incluyen, sin limitarse a éstas, sobre la calidad del cuidado o servicio provisto, descortesía por parte de un proveedor o empleado, o un fallo en respetar los derechos del miembro.

El miembro o su representante autorizado (el gerente del caso o representante del departamento de justicia juvenil) puede presentar una querella. Un proveedor puede presentar una querella por parte del miembro, pero **solamente** con el consentimiento por escrito del representante autorizado del miembro.

Se puede presentar una querella en cualquier momento verbalmente o por escrito al CMDP. Una determinación será completo y provisto no más tarde de 90 días después del día el CMDP recibió la querella. No se puede apelar una respuesta o resolución de una querella tampoco no puede ser un asunto para una audiencia.

Un «**Aviso de Acción**» es una respuesta del CMDP en cuanto a un servicio pedido. Si el miembro no está de acuerdo con una respuesta del Aviso de Acción, puede presentar una apelación. Una acción que sea documentada en el Aviso de Acción incluye, pero no es limitado a lo siguiente:

- La denegación o autorización limitada de un servicio solicitado, incluso el tipo o nivel del servicio
- La reducción, suspensión o terminación de un servicio autorizado anteriormente
- Fallo en proporcionar a tiempo un servicio (según estipulado en el contrato)
- Fallo de CMDP en tomar una acción dentro de los límites de tiempo especificados, o
- En caso de un miembro residente en un área rural, la denegación de su derecho a obtener servicios fuera de la red de proveedores

Una **apelación** es una solicitud de revisión de alguna acción, según descrito anteriormente. Las apelaciones se pueden presentar verbalmente o por escrito dentro de 60 días desde la fecha del «Aviso de Acción». Se da información en cómo presentar una apelación con una denegación, reducción, suspensión o terminación del servicio, o un formulario de «Aviso de Acción». Llame al Gerente de Querellas al (602) 351-2245 o al 1-800-201-1794, ext. 7010 si tiene preguntas o necesita más información.

CMDP hará la determinación final dentro de 30 días del recibir una apelación verbal o escrita. A usted se le enviará una carta para informarle la decisión de CMDP y la razón para esa decisión.

Si cree usted que se puede arriesgar su vida o su salud por esperar 30 días, puede pedir **una audiencia acelerada**.

Una audiencia acelerada se refiere a una revisión conducida más rápidamente. Las decisiones en casos de audiencias aceleradas se proporcionan dentro de 3 días laborables, en lugar de los usuales 30 días. Su proveedor de cuidado de la salud **tiene que** proporcionar documentación que apoye la solicitud para una audiencia acelerada.



Si no está de acuerdo con la decisión que ha hecho CMDP con respecto a su apelación, usted puede pedir una Audiencia Estatal Imparcial.

Puede solicitar una Audiencia Estatal Imparcial mediante una carta al CMDP dentro de 30 días de recibir la decisión de CMDP con respecto a la apelación. CMDP enviar el archivo de su caso y otra información a la Oficina de Asistencia Legal (OLA) de AHCCCS. Si usted tiene preguntas o necesita más información sobre las Audiencias Estatales Imparciales, llame al Gerente de Querellas al (602) 351-2245 o 1-800-201-1795 ext. 7010.

CMDP hará la determinación final dentro de 30 días del recibir una apelación verbal o escrita. A usted se le enviar una carta para informarle la decisión de CMDP y la razón para esa decisión.

Los servicios continuarán si:

- La apelación se presenta a tiempo
- La apelación incluye la terminación, suspensión o reducción de servicios previamente autorizados
- Los servicios fueron autorizados por CMDP
- El período original cubierto por la autorización original no ha expirado
- El miembro pide y CMDP aprueba la continuación de los servicios

Se deben presentar las peticiones de la continuación de servicios dentro de 10 días después de la fecha en que CMDP enviara por correo el «Aviso de Acción» o desde la fecha de vigencia de la acción indicada en el «Aviso de Acción».

QUERELLAS SOBRE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Si hay algún problema con los servicios de salud mental que recibe el miembro, comuníquese con el gerente del caso, el funcionario de libertad condicional de menores o un Coordinador de Salud Mental de CMDP, para determinar si los servicios son provistos a través de CMDP o la Autoridad de Salud Mental Regional del Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS-RBHA).

Si el miembro recibe servicios que son la responsabilidad de CMDP, el Coordinador de Salud Mental de CMDP le ayudará a comunicarse con la persona apropiada para resolver su querrela. Si no se puede resolver a satisfacción de usted, usted puede pedir información de cómo pedir una apelación. Llame a las Coordinadores de Salud Mental al (602) 351-2245 o 1-800-201-1795, Ext. 7009 y 7060.

Si el miembro recibe servicios que son responsabilidad de RBHA, comuníquese con el representante de los pacientes de RBHA.

Si la queja no se puede resolver a satisfacción de usted, usted tiene el derecho de complicarse al gerente del caso o el funcionario de libertad condicional de menores para que presente una apelación ante RBHA.



CONFORMIDAD CORPORATIVA DE CMDP

El programa de Conformidad Corporativa formaliza y afirma la dedicación de CMDP al comportamiento legal y ético de nuestros empleados. El código de Comportamiento de CMDP no puede proteger contra cada situación ni sustituir por el sentido común, discernimiento individual, y honradez personal. Cada empleado de CMDP es encargado de seguir estos principios:

- Mantener la información y documentos con confidencialidad apropiada
- Confirmarse con todas las leyes aplicables
- Dirigir asuntos de CMDP según las más altas normas éticas
- Asegurar pagos debidos por servicios
- Evitar incompatibilidad de intereses
- Proveer un ambiente del trabajo seguro
- Proveer oportunidad igual a cada empleado
- Promover comunicación abierta
- Dirigir todos los negocios con honradez y integridad

LÍNEA TELEFÓNICA DIRECTA DE CONFORMIDAD CORPORATIVA

La línea telefónica directa de CMDP para Conformidad Corporativa es un buzón de voz confidencial disponible 24 horas al día; 7 días a la semana, del funcionario de conformidad de CMDP. Cualquiera puede usar esto recurso para informar, de buena fe, sobre preocupaciones acerca de los empleados de CMDP y fraude potencial, prácticas ilegales, inaceptables o deshonrosas o infracciones de conformidad.

Guardan todas las llamadas bajo confidencialidad hasta al alcance permitido por la ley. Aunque se anima al llamador a identificarse a sí mismo, la llamada puede ser un informe anónimo. El funcionario de conformidad investigará todos los informes de conducta indecorosa, y tomará acción equitativamente y constantemente.

Se puede hacer informes por llamar al funcionario de conformidad corporativa al (602) 351-2245, o 1-800-201-1795 x 7011.



PROGRAMA DE INMUNIZACIONES RECOMENDADA*

DTP or DTaP	Difteria, Tétano, Tos Ferina - para niños hasta los siete años de edad	4 meses de edad	DTaP o DTP Hib PCV Polio
DT	Difteria, Tétano (para niños hasta los siete años de edad quienes han demostrado reacciones alérgicas o adversas a la vacuna contra la Tos Ferina)	6 meses de edad	DTaP o DTP Hib PCV
IPV	Vacuna contra Polio	Entre 6-18 meses de edad	Hep B-3 Polio
PCV	Vacuna Neumocócica Conjugada	Entre 12-15 meses de edad	Hib, MMR, PCV
MMR	Sarampión, Parotiditis, Rubéola	Entre 12-18 meses de edad	Var
Hib	Vacuna contra la Haemophilus Influenzae Tipo b (meningitis)	Entre 15-18 meses de edad	DTaP o DTP
HBV or Hep B	Vacuna contra la Hepatitis B (serie de 3 vacunas)	Entre 24 meses - 18 años de edad .	Hep A (consta de dos dosis) 6 meses aparte ** Hep B (si no la ha recibido anteriormente)
Td	Tétano, Difteria (para individuos de los 7 años o más de edad; Conocido como vacuna contra el Tétano)		Var (si no la ha recibido anteriormente)
Var	Vacuna contra el Virus de Varicela (para niños no vacunados quienes carecen de una historia confiable de la varicela)	4-6 años de edad	DTaP o DTP, MMR, Polio
Al nacer	Hep B-1	11 - 16 años de edad	Td
Entre 1-4 meses de edad	Hep B-2	11 - 18 años de edad	MMR (si no la ha recibido a los 4-6 años de edad)
2 meses de edad	DTaP o DTP Hib PCV Polio	6 meses - 18 años	Vacuna contra la Influenza dosis anual
		Adolescencia mayor	Menactra™ (vacuna contra la Meningitis)
		Adolescencia	Boostix® (dosis de refuerzo contra la Tos Ferina)

El estado de Arizona tiene leyes que requieren que los niños escolares y las pequeñas inscritas en servicios de cuidado de niños tengan las inmunizaciones apropiadas a sus edades. Hay excepciones y adiciones a las reglas, y son las siguientes: Los padres cuyas creencias religiosas no permiten inmunizaciones tienen que firmar una exención religiosa. El médico del menor también tiene que firmar un formulario de exención médica si existe alguna evidencia de inmunidad o alguna razón médica por la cual el menor no puede recibir inmunizaciones. Se habrá de mantener una copia de los resultados de laboratorio para probar la inmunidad del menor.

Las inmunizaciones pocas veces producen reacciones adversas, y por lo general éstas no son peores que los síntomas pequeñas de la influenza. Las reacciones severas son muy raras. Los peligros de no obtener inmunización son mucho más graves que la posibilidad de una reacción grave.

Llame al Coordinador de EPSDT al (602) 351-2245 o al 1-800-201-1795 si usted necesita o le gustaría tener una tarjeta de inmunizaciones de por vida para llevar cuenta de todas las inmunizaciones que recibe su niño temporal.

* Nota (a): El Centro de Control de Enfermedades periódicamente hace cambios al programa de inmunizaciones recomendadas. Hable acerca de las inmunizaciones de su niño temporal con el PCP o el médico del niño.

** Nota (b): Sólo ciertos condados requieren esta inmunización. Consulte al PCP de su niño.

**SISTEMA DE CONTENCIÓN DE COSTOS MÉDICOS EN ARIZONA
TABLA DE PERIODICIDAD PARA EPSDT**



Servicios a
Miembros

PROCEDIMIENTOS	Infancia								Niñez temprana				Niñez tardía				Adolescencia					
	Recién nacido	2-4 días	para 1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses	12 meses	15 meses	18 meses	24 meses	3 años	4 años	5 años	6 años	8 años	10 años	12 años	14 años	16 años	18 años	20 + más hasta 21 años
Historia inicial/Periódica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estatura y peso	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Circunferencia de la cabeza	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
Presión sanguínea												X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación de la nutrición	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Visión**																						
Oído**/Habla																						
Evaluación del desarrollo/conducta	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Examen físico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Immunización	X		▶	X	X	X		◀	X	▶		◀	X	▶		◀	X	▶				
Preuba de tuberculina								+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Hematocrito/hemoglobina			◀				X										◀	X				▶
Análisis de la orina																	◀	X				▶
Examen por plomo								X			X	*◀			▶							
Guía previsor	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Recomendación dental**																						

Estos son requisitos mínimos. Si en algún momento surge la necesidad médica de realizar otros procedimientos, pruebas, etc., el médico tiene la obligación de hacerlos. Si un niño inicia su cuidado médico en cualquier punto de esta tabla, o si algunos procedimientos no se han realizado para la edad recomendada, deberán realizarse lo antes posible.

* Los miembros dentro de esta gama (entre 36 y 72 meses de edad) que no han sido evaluados deberán someterse a un examen de la sangre por plomo.

** Vea la tabla separada para detalles.

Clave: X Por hacer
 + A hacerse a miembros que están a riesgo.
 ◀X▶ Las edades durante las cuales se puede ofrecer un servicio, con la edad preferida indicada por X.
 ** Vea la tabla separada para detalles.

(602) 351-2245
1-800-201-1795



**SISTEMA DE CONTENCIÓN DE COSTOS MÉDICOS DE ARIZONA
TABLA DE PERIODICIDAD PARA EXÁMENES DE LA VISIÓN**

PROCEDIMIENTO	MESES											AÑOS										
	Recién nacido	2-4 días	para 1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses	12 meses	15 meses	18 meses	24 meses	3* años	4 años	5 años	6 años	8 años	10 años	12 años	14 años	16 años	18 años	20 + up to 21 años
Visión + + +	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	O	O	O	S	S	O	O	S	S	O	S

Estos son requisitos mínimos. Si en algún momento surge la necesidad médica de realizar otros procedimientos, pruebas, etc., el médico tiene la obligación de hacerlos.

Clave: S Subjetivo, según la historia.
 O Objetivo, según método de prueba estándar.
 * Si el paciente no coopera, examene de nuevo en seis meses.
 + + + Puede hacerse con más frecuencia si está indicado o el paciente está a alto riesgo.

**SISTEMA DE CONTENCIÓN DE COSTOS MÉDICOS DE ARIZONA
TABLA DE PERIODICIDAD PARA EXÁMENES DE OÍDO Y EL HABLA**

PROCEDIMIENTO	MESES											AÑOS										
	Recién nacido	2-4 días	para 1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses	12 meses	15 meses	18 meses	24 meses	3* años	4 años	5 años	6 años	8 años	10 años	12 años	14 años	16 años	18 años	20 + up to 21 años
Oído/habla + + +	S/O	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	O	O	O	S	S	O	O	S	S	O	S

Estos son requisitos mínimos. Si en algún momento surge la necesidad médica de realizar otros procedimientos, pruebas, etc., el médico tiene la obligación de hacerlos.

Clave: S Subjetivo, según la historia.
 O Objetivo, según método de prueba estándar.
 * Todos los niños, incluso los recién nacidos, a alto riesgo de perder audición deben ser examinados.
 + + + Puede hacerse con mayor frecuencia si está indicado o el paciente está a alto riesgo.

